

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad



TDAH - prevalencia

- Prevalencia del 5% de la población escolar.
- Predominio en varones 2-6/1.



TDAH - Criterios diagnósticos

A1. Seis o más de los síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

A2. Seis o más de los síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.ej., en la escuela o en el trabajo y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

TDAH - Criterios diagnósticos

Desatención (DSMIV)

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo presenta dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

TDAH - Criterios diagnósticos

A1. Seis o más de los síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

A2. Seis o más de los síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.ej., en la escuela o en el trabajo y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

TDAH - Criterios diagnósticos

Hiperactividad (DSMIV)

- a) A menudo mueve en exceso las manos o los pies, o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo 'está en marcha' o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad (DSMIV)

- g) A menudo precipita respuestas antes de haberse completado las preguntas.
- h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos).

TDAH - subtipos

- tipo combinado (TDAH/C):

si se satisfacen al menos 6 criterios de inatención y 6 de hiperactividad-impulsividad durante los últimos seis meses.

- tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH/H-I):

si se satisfacen al menos 6 criterios de hiperactividad-impulsividad, pero no otros 6 de inatención, durante los últimos seis meses.

- tipo con predominio del déficit de atención (TDAH/I):

si se satisfacen al menos 6 criterios de inatención, pero no otros 6 de hiperactividad-impulsividad, durante los últimos seis meses.

TDAH combinado

Si se satisfacen al menos 6 criterios de inatención y 6 de hiperactividad-impulsividad durante los últimos seis meses.

- Predominan las dificultades en el control inhibitorio.
- Predominan síntomas de escasa atención relacionados con la impulsividad.
- Suelen cambiar de actividad sin acabar la actividad.
- Suelen ser los más conflictivos, al asociar problemas de aprendizaje y trastornos más severos de la conducta.
- Hasta un 40% asocian Trastorno oposicionista-desafiante.

TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo

Si se satisfacen al menos 6 criterios de hiperactividad-impulsividad, pero no otros 6 de inatención, durante los últimos seis meses.

- Predominan los síntomas de impulsividad.
- Aparece en los grupos de menor edad, pudiendo ser un precursor del tipo combinado.
- Predominan los problemas de conducta y comportamiento, siendo menores los problemas de aprendizaje.

TDAH con predominio del déficit de atención

Si se satisfacen al menos 6 criterios de inatención, pero no otros 6 de hiperactividad-impulsividad, durante los últimos seis meses.

- Predomina un déficit en la rapidez de procesamiento de la información, que se focaliza en la atención selectiva.
- Se caracteriza por un “tempo” cognitivo lento.
- A menudo son considerados como perezosos y soñadores.
- Predominan los problemas de aprendizaje, siendo menos conflictivos a nivel conductual.

TDAH - tratamiento

Como norma el tratamiento farmacológico no debe usarse mas que si el defecto afecta significativamente el rendimiento escolar, causa dificultades sociales o provoca trastornos de conducta importantes.

Debe iniciarse siempre con dosis bajas y ajustar según la respuesta.

1. Metilfenidato (Rubifen ®: comprimidos 10 mg).

(Concerta ®: comprimidos de 18 y 36 mg)

- Medicamento de elección . Eficaz en 70-80 %.
- Dosis: 0.2-0.5 mg/kg/dosis; (0'6-1'5 mg/kg/d).
- Efectos secundarios más frecuentes: anorexia, gastralgias, cefalea, insomnio.

2. Clomipramina

- Permiten el tratamiento de la ansiedad y depresión asociados.
- Dosis 0.5-3 mg/kg/día, dividida en 2 tomas.

3. Clonidina

- Indicado en formas asociadas a tics y síndrome de Tourette.
- Dosis: 0.15 - 3 mg /día. La dosis habitual es de 0.15 - 0.3 mg/día y al comienzo del tratamiento no debe realizarse un aumento mayor a 0.05 mg cada 3 días.
- Efectos secundarios: somnolencia

TDAH - evolución en el adulto

- Alrededor del 50% de los TDAH diagnosticados en la infancia persisten en la edad adulta
- Prevalencia en el adulto del 2%.
- Criterios diagnósticos:
 - Criterios incluidos en el DSM-IV-TR, idénticos a los de los niños.
 - El trastorno debe estar presente desde la infancia (7 años).
 - Presentar deterioro significativo de un área importante de su actividad (social, laboral, académico o familiar).
- TDAH en remisión parcial.

Pacientes diagnosticados de TDAH en la infancia y que en la edad adulta no presentan seis o más de los síntomas definidos, pero continúan manifestando síntomas y dificultades de adaptación.

TDAH - evolución en el adulto

- La hiperactividad es el síntoma que más se reduce, manifestándose como un sentimiento subjetivo de inquietud.
- La inatención y la impulsividad suelen ser las manifestaciones principales en el adulto.

TDAH - manifestaciones en el adulto

- Académico:

- Menor formación académica.
- Más problemas de adaptación y disciplina.

- Laboral:

- Peor adaptación laboral.
- Problemas en la conducción de vehículos (más accidentes y más graves)

- Social:

- Mayores dificultades en las interrelaciones personales.
- Aumento en los problemas de pareja.

- Trastornos comórbidos:

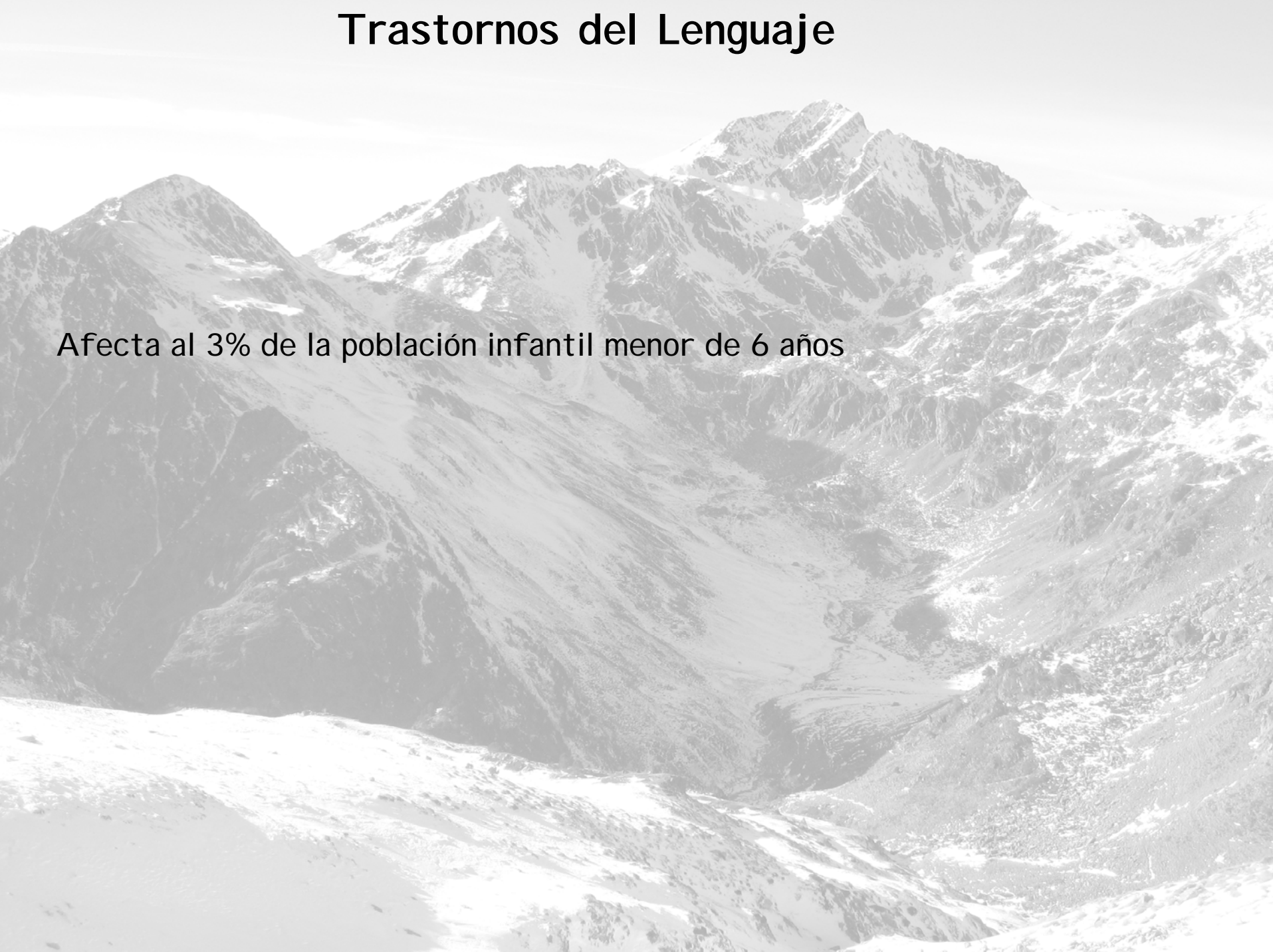
- 60% presentan trastornos psiquiátricos comórbidos.
 - Trastorno depresivo mayor - 28%
 - Trastorno antisocial de la personalidad - 23%
 - Trastornos por consumo de sustancias - 19%
 - Trastorno obsesivo-compulsivo...



Trastornos del Lenguaje

Trastornos del Lenguaje

Afecta al 3% de la población infantil menor de 6 años



Trastornos del Lenguaje - Desarrollo del lenguaje.

Etapa prelingüística

1. Balbuceo primario indiferenciado (1-6 meses).
Propuestas infantiles sin intención, pero el adulto se las atribuye.
2. Balbuceo imitativo o canónico (7-12 meses).
Inician propósitos comunicativos. Existe intención real, sin recursos verbales (gestos, acciones). Se necesita la retroalimentación auditiva para ir adaptando las propias emisiones a los diferenciadores fonéticos del entorno lingüístico.

Etapa lingüística (intención clara expresada con recursos verbales)

3. Primeras palabras y holofrases (segundo año)
Con valor lingüístico.
4. Primera expansión morfosintáctica (tercer año)
Sujetopredicado, nombreadjetivo, verbo (con sujeto implícito), complemento directo, vocativonombre o verbo. Vocabulario hasta 1.000 términos.
5. Segunda expansión morfosintáctica (cuarto y quinto año)
Se completa la adquisición de todos los componentes gramaticales del lenguaje, se enriquece el léxico. Todo ello para favorecer el aprendizaje de la lectoescritura a los 6 años. El componente fonológico expresivo es ya similar al del adulto.

Trastornos del Lenguaje - signos de alarma

Edad (meses)	Pautas para solicitar una exploración en niños con retraso en el lenguaje
12	No se aprecia balbuceo ni imitación bucal
18	No utiliza palabras aisladas
24	Vocabulario de palabras aisladas con ≥ 10 palabras
30	Menos de 100 palabras; no se aprecian combinaciones de dos palabras; ininteligible
36	Menos de 200 palabras; no utiliza frases telegráficas, claridad $< 50\%$
48	Menos de 600 palabras; no utiliza frases sencillas, claridad $< 80\%$

Clasificación de los trastornos del habla y del lenguaje en el niño.

Defectos instrumentales

Deficiencias auditivas o hipoacusias	Hipoacusias neurosensoriales Hipoacusias de transmisión
Déficit mecánico articulatorio	Disglosias Disartrias

Trastornos específicos del habla y del lenguaje

Trastorno específico del desarrollo de la pronunciación (dislalias)

Trastornos del ritmo y de la fluencia	Farfulleo o taquilalia Tartamudeo o espasmofemia
---------------------------------------	---

Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje (disfasias)

Disfasias expresivas (trastorno de la expresión)	Síndrome de desprogramación fonológica Apraxia verbal cognitiva Déficit anómico-sintáctico
--	--

Disfasias mixtas (trastorno de la comprensión y expresión)	Agnosia verbal auditiva congénita Déficit mixto fonológico-sintáctico
--	--

Afasias adquiridas durante el desarrollo	Síndrome de afasia-epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner) Afasia infantil por lesión unilateral adquirida
--	---

Trastornos psicolingüísticos

Debidos a carencias socio-afectivas

Mutismo selectivo

Autismo infantil

Otros trastornos específicos de la comunicación	Síndrome de Asperger Déficit semántico-pragmático
---	--

Otros trastornos desintegrativos de la infancia

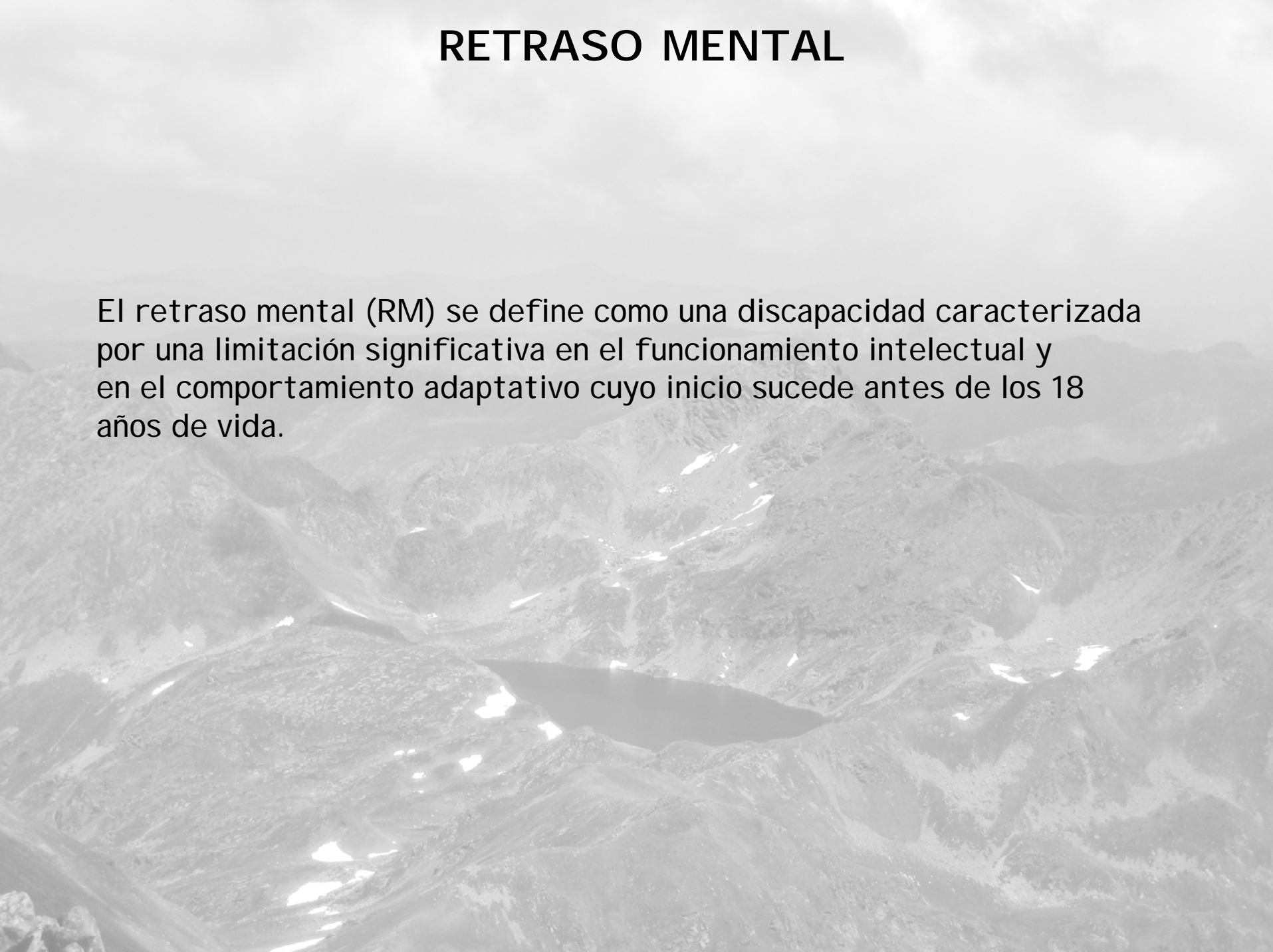
Retrasos y distorsiones del lenguaje que acompañan a la deficiencia mental

RETRASO MENTAL



RETRASO MENTAL

El retraso mental (RM) se define como una discapacidad caracterizada por una limitación significativa en el funcionamiento intelectual y en el comportamiento adaptativo cuyo inicio sucede antes de los 18 años de vida.



RETRASO MENTAL

Se considera que existe RM cuando el CI está por debajo de 70.

Atendiendo a este cociente, se establece una primera clasificación del RM.

70 – 85, *borderline*.

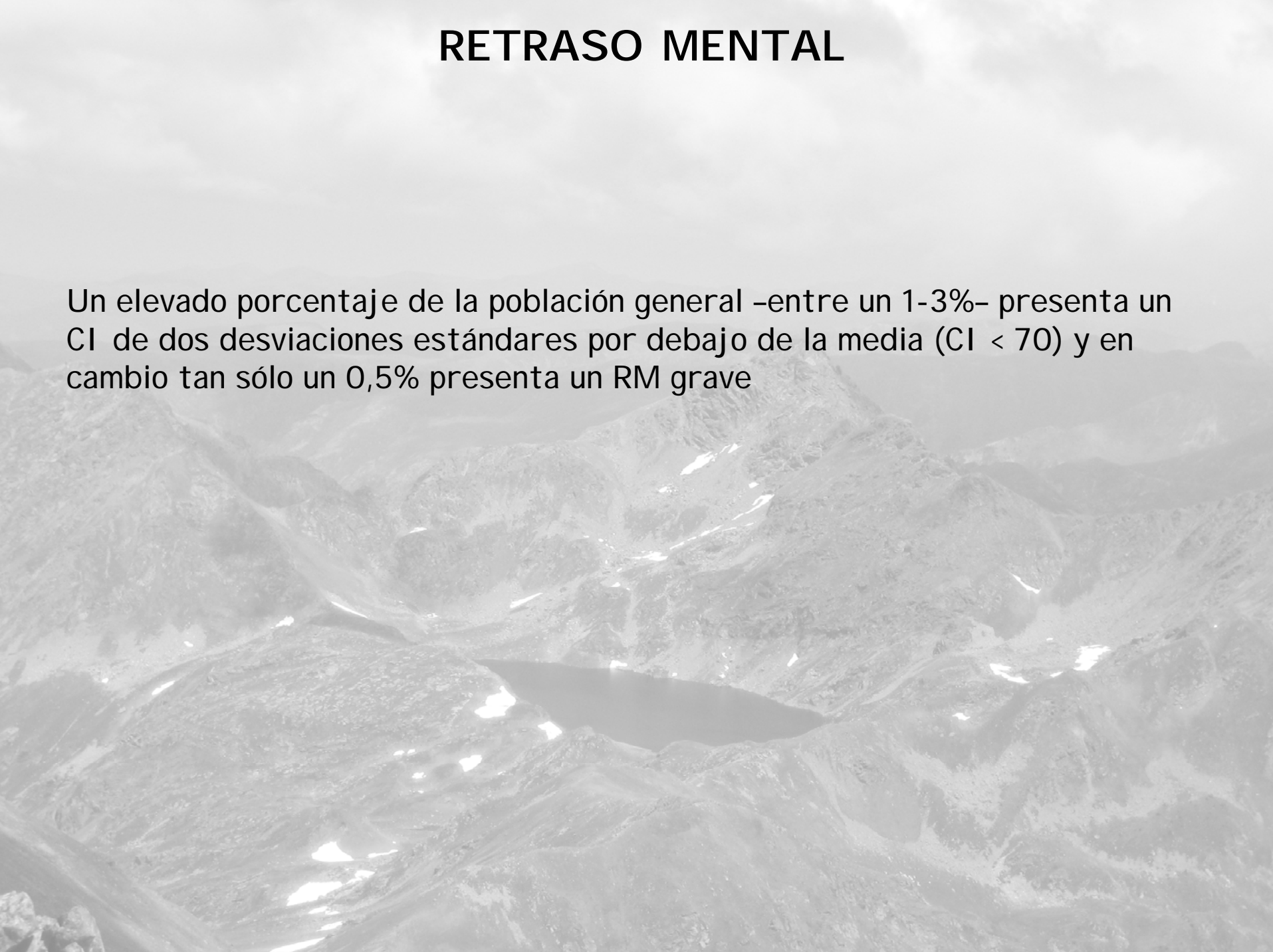
50 – 70, RM medio,

< 50, RM grave,

< 20, RM profundo.

RETRASO MENTAL

Un elevado porcentaje de la población general –entre un 1-3%– presenta un CI de dos desviaciones estándares por debajo de la media ($CI < 70$) y en cambio tan sólo un 0,5% presenta un RM grave



RETRASO MENTAL

Atendiendo a las manifestaciones clínicas que se asocian al RM, éste se subdivide en dos categorías:

- *RM sindrómico*. Aquel que se asocia con otros rasgos clínicos, radiológicos, metabólicos o biológicos.
- *RM no sindrómico o inespecífico*. Aquel en el que el RM es el único rasgo evidente de la enfermedad.

RETRASO MENTAL

Las causas del RM son extremadamente heterogéneas, siendo desconocidas en un 45-50% de los casos

-causas ambientales (15%)

- Prenatales:

síndrome alcohólico-fetal (10%),
infecciones prenatales (8%)
malnutrición durante el embarazo,
neurotoxicidad ambiental,

- Perinatales (15%)

Encefalopatía hipóxico-isquémica
nacimiento prematuro,

- Postnatales (10%),

infecciones del SNC,
enfermedades desmielinizantes
trastornos convulsivos,
intoxicaciones,
traumatismo craneal,
malnutrición o
negligencia psicosocial.

-causas genéticas (30%)

- alteraciones cromosómicas (aneuploidías, reordenamientos subteloméricos, síndromes microdelecionales o microduplicacionales),
- alteraciones monogénicas
- multifactoriales

-enfermedades neurometabólicas (1%)

RETRASO MENTAL de origen genético

Un 10% de los RM presenta una anomalía cromosómica visible mediante un cariotipo.

Un 5-7% de los casos de RM se deben a reordenamientos subteloméricos.

Los defectos ligados al cromosoma X representan, hasta el momento, la causa más común de RM de origen genético, y constituyen el 5% del RM en general y el 30% de los RM en varones. De esta manera, se estima que 1,8 de cada 1.000 varones nacidos presenta un RMLX.

Conocemos 22 genes causantes de RMLX sindrómico y otros 20 genes responsables de RMLX no sindrómico

Dentro de los RM síndrómicos, la discapacidad mental más frecuente es el SFX, cuya prevalencia se estima en 1/ 2.500 varones y 1/ 8.000 mujeres dentro en nuestra población.

RETRASO MENTAL - consejo genético

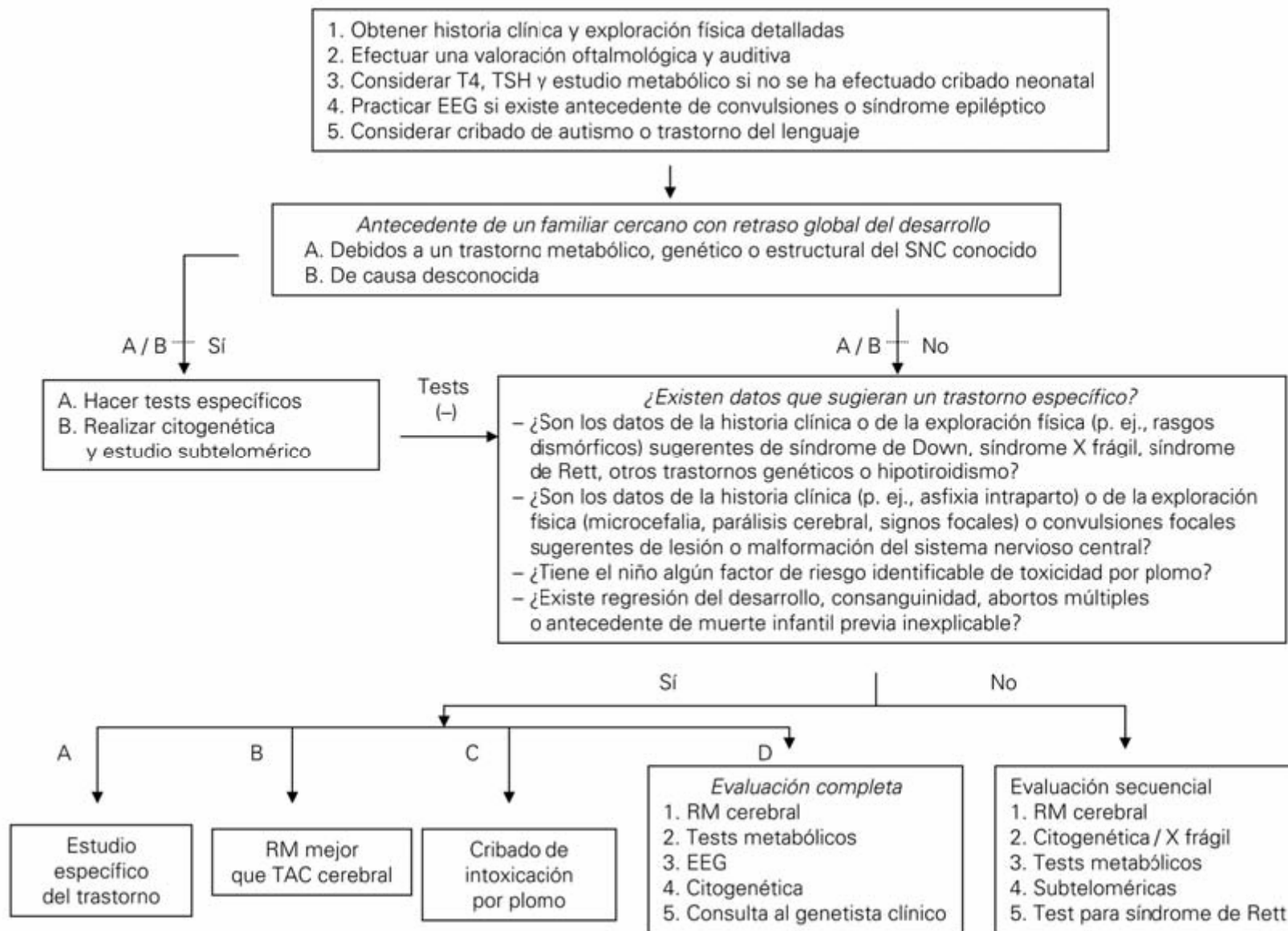
En los casos de síndromes claramente identificados para los que se describe un tipo de herencia: autosómica dominante, recesiva o ligada al cromosoma X, el consejo está claramente establecido (OMIM, *Online Mendelian Inheritance in Man*).

En cambio, si después de realizar los estudios que se crean convenientes, no se llega a ningún diagnóstico, el riesgo teórico
para un pariente de primer grado es del 20%
para un pariente de segundo grado entre el 5-10%.

Tan sólo en los casos en los que se pueda realizar estudio genético y en aquellos en los que se llegue a determinar la causa molecular del RM podrá ofrecerse un diagnóstico prenatal o preimplantacional

RETRASO MENTAL – algoritmo diagnóstico

Los estudios metabólicos incluyen el estudio de aminoácidos en la sangre, ácidos orgánicos en la orina, lactato y amonio en la sangre, gasometría arterial o capilar y el estudio de la función tiroidea



RETRASO MENTAL - algoritmo estudio metabolopatías

RETRASO MENTAL ASOCIADO A:

